

І.А. КОСАКІВСЬКА

РОТОРОЗШИРЮВАЧ

*Каф. дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії
(зав. – проф. А. Л. Косаковський) Нац. мед. акад. післядиплом. освіти
імені П.Л. Шупика (ректор – акад. НАМН України, проф. Ю.В. Вороненко)*

Хірургічні втручання на лімфаденоїдному глотковому кільці потребують адекватного доступу до операційного поля. Особливо актуальним це є при використанні загального знеболення. З цією метою були запропоновані роторозширювачі різних модифікацій [1-2]. Найчастіше в практиці оториноларинголога використовується роторозширювач Davis [1], який має шпатель з рукояткою, скобу з упорами для верхніх зубів, каретку зі штопорним механізмом.

Недоліком вказаного пристрою є те, що при виконанні операції під інтубаційним наркозом інтубаційна трубка знаходиться в ротовій порожнині поверх шпателя і перешкоджає діям хірурга. Крім того, при переміщенні інтубаційної трубки в ротовій порожнині з однієї сторони в іншу під час операції (тонзилектомії) вона в ряді випадків витягується з гортані, внаслідок чого припиняється подача кисню в легені і настає асфіксія. Виникає екстремальна ситуація, що загрожує життю пацієнта, стресова ситуація у хірурга і анестезіолога, подовжується час операції.

Нами запропоновано та успішно апробовано в клініці роторозширювач власної конструкції [3-4], представлений на рисунку.

По серединній осі шпателя на повернутій до язика поверхні виконано жолоб, який в проксимальній частині шпателя на протилежному до скоби боці закінчується вирізкою Г-подібної форми. В дистальній частині шпателя виконано вигин. Крім того,

роторозширювач має додаткову фіксацію штопорного механізму за допомогою гвинта, що виключає зміщення шпателя в процесі використання даного пристрою. Наявність жолоба і Г-подібної вирізки на шпателі забезпечує надійну фіксацію інтубаційної трубки та виключає її зміщення і перегинання під час операції.



Роторозширювач

Роторозширювач використовується таким чином. Після інтубації хворого шпатель вводиться в ротову порожнину. Інтубаційна трубка при цьому розміщується між язиком і шпателем по серединній лінії і зміщується в жолоб. Після наближення шпателя до язика інтубаційна трубка в проксимальній її частині проводиться через вирізку Г-подібної форми і виводиться через кут ротової порожнини назвні. По мірі

переміщення рукоятки шпателя в каретці, упор наближається до верхніх зубів і після його фіксації розтягується ротова порожнина. Язик при цьому притискається до дна ротової порожнини, що забезпечує вільний доступ до піднебінних мигдаликів і носової частини глотки. Після досягнення максимального розтягування ротової порожнини шпатель фіксується в каретці за допомогою штопорного механізму. Останній, в свою чергу, фіксується за допомогою гвинта. Інтубаційна трубка при цьому знаходиться між язиком і шпателем і не заважає роботі хірурга. Наявність жолоба виключає надмірне її стискання чим забезпечується вільна подача кисню в нижні дихальні шляхи пацієнта. При цьому інтубаційна трубка фіксується між шпателем і язиком, що виключає її зміщення під час операції з нижніх дихальних шляхів в роту порожнину, тим са-

мим виключається можлива асфіксія і пов'язана з цим екстремальна ситуація. Після закінчення операції рукоятка шпателя звільняється від штопорного механізму і шпатель переміщується в зворотньому напрямку, після чого роторозширювач виводиться з ротової порожнини.

Представлений роторозширювач впродовж багатьох років успішно використовується в ЛОР-відділеннях НДСЛ «ОХМАТДИТ» та більшості областей України.

Для наочності переваг запропонованого пристрою приводимо порівняльну характеристику хірургічних втручань в глотці у 2 групах хворих, ідентичних по віку, статі і характеру захворювань (табл.). Хід хірургічних втручань відрізнявся лише тим, що в 1-й групі було використано запропонований роторозширювач, а в 2-й – прототип (базовий об'єкт).

Порівняльна характеристика хірургічних втручань в глотці

Показники	Використання запропонованого роторозширювача	Базовий об'єкт	P
	n=20, M±m		
Час тонзилектомії (хв.)	8±0,24	15±0,48	<0,001
Необхідність переміщення інтубаційної трубки під час операції	-	20	
Зміщення інтубаційної трубки з гортані в роту порожнину	-	2	
Час аденотомії (хв.)	5±0,3	8±0,34	<0,001

З даних, представлених в таблиці, видно, що при використанні запропонованого роторозширювача час тонзилектомії скоротився в 1,9 рази, а аденотомії – в 1,6 рази. Крім того, під час тонзилектомії з використанням базового об'єкта у 2 випадках мало місце зміщення інтубаційної трубки з гортані в роту порожнину, чого не спостерігалось при використанні запропонованого роторозширювача.

Таким чином, приведені дані свідчать про переваги проведення хірургічних втручань – тонзилектомії та аденотомії – з використанням запропонованого роторозширювача. Запропонований пристрій може бути використаний при лікуванні хворих з хронічним декомпенсованим тонзилітом, гіпертрофією піднебінних мигдаликів та аденоїдними вегетаціями II-III ступеня, і безумовно дасть позитивний ефект.

Література

1. Молдован И.С. Наш опыт выполнения адено-тонзиллэктомии под интубационным наркозом в Тунисе // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2002. – № 3. – С. 67-68.
2. International ENT Product and Instrumens Catalog // Medtronic Alleviating Pain. Restoring Health. Extending Life, 2007-2008. – 316 p.
3. Деклараційний патент України на винахід № 54273 А. МПК⁷ А61В17/00, А61В1/24. Роторозширювач / А.Л. Косаковський, І.А. Косаківська (Україна). – Заявлено 09.07.2002; Опубл. 17.02.2003 р. Бюл. № 2.
4. Деклараційний патент України на винахід № 60877 А. МПК⁷ А61В1/24, А61В17/00. Роторозширювач / А.Л. Косаковський, І.А. Косаківська, Л.А. Шух (Україна). – Заявлено 24.03.2003; Опубл. 15.10.2003 р. Бюл. № 10.

Надійшла до редакції 10.02.2017

© І.А, Косаківська, 2017